Cancer de l'endomètre

Ou cancer du corps de l'utérus

Femme obèse HTA âgé > 50 ans, Métrorragies

Epidémiologie

- **INCIDENCE = 20/100000/AN en France, en augmentation**[Q]
- **FACTEURS DE RISQUES**[Q+++] **= HORMONODEPENDANCE**[Q] avec **HYPEROESTROGENIE**[Q] (relative) **+ AGE**
  - 1 : Age ++ (periode péri-ménopausique et post-ménopause, > 50 ans[Q++])
  - 2 : Obésité[Q++], diabète[Q+] et HTA[Q+]
  - 3 : Ménopause tardive, puberté précoce, primiparité tardive, nulliparité[Q++]
  - 4 : Traitement de la ménopause mal conduit (traitement œstrogénique isolé)
  - 5 : Hyperœstrogénies endogènes : insuffisance lutéale, tumeur sécrétante de l'ovaire
  - 6 : Utilisation prolongée du tamoxifène (anti-œstrogène)
  - 7 : ATCD d'hyperplasie de l'endomètre (mais pas d'adénomyose[Q++])
  - 8 : Dysovulation[Q++], Sd pré-menstruel (QCM)
  - 9 : ATCD familiaux de cancer hormonodpdt (« ovaire », sein)

Anapath (hp)

- **Adénocarcinome**[Q+]**:**Le + frqt (98%) ± différencié et de pronostic d'autant + mvais qu'indifférencié ou peu différencié.
- **Autres :** Carcinome épidermoïde (adénoacanthome = ADK avec foyers de métaplasie malpighienne de bon pronostic) et le sarcome sont rares. Chorioépithéliome est très particulier, rare, survenant chez la femme jeune dans un contexte de grossesse molaire.

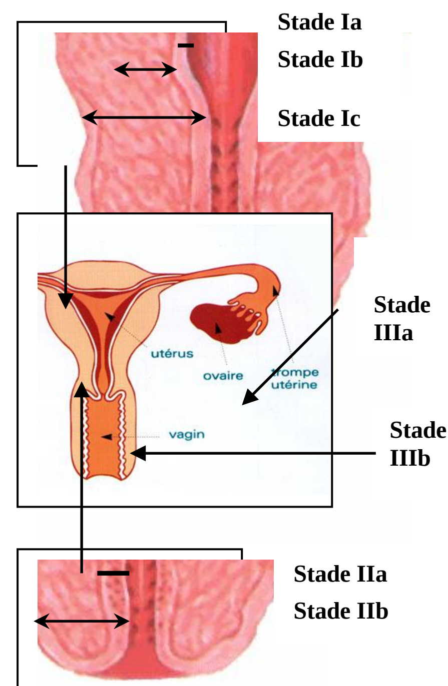
Diagnostic

- **CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE**
  - **Métrorragie**[Q] (90 % des cas) peu abondantes, indolores, spontanées, irrégulières, répétées
    - Toute métrorragie[Q] chez une femme ménopausée[Q] est un cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire. Mais le principale cause de ces MTR est l'atrophie endométriale bénigne : Dgstic d'élimination.
    - Les fibromes ne saignent jamais après la ménopause.
  - **Leucorrhées**
  - Examen systématique (frottis cervico-vaginaux => + ds 20 % des cancers : formes étendues)
  - Métastases
- **EXAMEN CLINIQUE**
  - Recherche les facteurs de risque, Etat général
  - Examen gynécologique : TV (vagin, col utérus, corps utérus : normal au début puis volumineux et mou, annexes), seins, aires ganglionnaires
- **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**
  - **Examens réalisées ds le cadre d'une consultation**
    - **Echographie pelvienne** (et endovaginale) => mesure épaisseur de endomètre
      - Si **> 50 ans + e > 7 mm + métrorragie** = aN
    - **Cytologique**
      - Frottis cervico-vaginaux (endo, exocol, cul de sac étalé sur 3 lames)
      - Frottis endométriaux avec l'aide d'un endobrosse
    - **Histologique**
      - Biopsie à l'aveugle à la canule de Novak[Q] : n'a de valeur que si +, si –[Q] : à compléter par curetage[Q] biopsique
    - **Tous ces examens n'ont de valeur que s'ils st positifs**
  - **Examens spécialisées**
    - **Hystérosalpingographie reste un examen essentiel**
      - En l'absence de **CI** (**métrorragie abondante, infection, grossesse**)
      - Evalue **taille utérus**
      - Cherche une **lacune intracavitaire irrégulière et d'aspect marécageuse**
      - Permet de préciser l'étendue par rapport à l'**isthme** et d'orienter le curetage ou la biopsie (**localisation**)
    - **Hystéroscopie systématique** (au fibroscope rigide ou souple)
      - Permet de visualiser la lésion (végétante) et de préciser son extension en surface (surtt l'atteinte de l'isthme et du col)
      - Pratiquer des biopsies dirigées sous contrôle de la vue
      - Associer systématiquement au curetage biopsique étagé guidé par l'hystéroscopie : curetage 1ier de l'endocol (recherche extension) puis de la cavité utérine (fond, face, isthme) => anapath

- Intérêt triple : diagnostic, préthérapeutique et pronostic

- **BILAN D'EXTENSION**
  - **Locale**
    - Examen sous AG ou sous rachianesthésie comportant TV, TR, toucher bimanuel ± cystoscopie si volumineuse
    - Echographie endovaginale (épaisseur, envahissement local, état des annexes)
  - **Régionale**
    - TDM pelvien : extension locorégionale, ganglions ou mieux IRM
    - UIV (si signe de compression urétérale et ou vésicale)
    - ± Rectoscopie
  - **Générale**
    - Echographie et bilan hépatiques
    - Radio pulmonaire
    - **ACE, CA125, CA19.9** (non spécifique)
  - **Bilan de l'état général** :
    - Cardiorespiratoire complet (bilan préop, femme agée obèse...)
    - ± bilan veineux
    - ± mammographie de dépistage 3 incidences

- **CLASSIFICATION DE FIGO +++++**
  - **Stade I**[Q]
    - Ia tumeur in situ
    - Ib invasion[Q] < 50% myomètre
    - Ic invasion > 50 % myomètre
  - **Stade II**[Q] (extension au col[Q+])
    - IIa Epithélium endocervical atteint
    - IIb Stroma cervical atteint
  - **Stade III**
    - IIIa Péritoine[Q] pelvien ou ascite positive
    - IIIb Métastase vaginale[Q] (site le + fréq)
    - IIIc Ganglions[Q] pelviens ou lombo aortiques
  - **Stade IV**
    - IVa[Q] Envahissement rectal ou vésical[Q]
    - IVb Métastases à distance ou ganglions intra abdominal ou inguinaux



Evolution

- **HISTOIRE NATURELLE**
  - Extension locale en profondeur et/ou à l'isthme
  - Envahissement lymphatique[Q] <u>chaine iliaque ext</u>[Q] & <u>lomboaortique</u>[Q] (directement par lymphatiques lombo-ovariens) (mais pas inguinal[Q])
  - Envahissement trompes-ovaires par voie endocanalaire
  - Envahissement rectal/vésical par contiguité très tardif
  - **Métastases** au **vagin** (nodules de la région sous-urétrale) les + fréquentes (5-10 %)
  - A distance (métastase + que K col) : foie, poumon, os

- **FACTEURS PRONOSTIQUES**[Q+++]
  - **Age**
  - **Stade**[Q] **FIGO** (atteinte isthmique ou cervicale, cytologie péritonéale +)
  - **Type histologique** : AdénoK indifférencié, adénoK à cellules claires, sarcome st des formes de mvs pronostic ; AdénoK différenciés, Adéno-acanthomes st des formes de bon pronostic
  - **Grade histologique**[Q] (**I** = bien différencié, excellent pronostic à **III** = indifférencié, mauvais pronostic)
  - **Degré de pénétration endométriale**[Q]**, myométriale**[Q] (limité au tiers interne = bon pronostic)
  - **Envahissement ganglionnaire**[Q]
  - **Envahissement vasculaire**

- **SURVIE A 5 ANS**
  - **Stade I** 80 %
  - **Stade II** **50 %**
  - **Stade III** **30 à 40 %**
  - **Stade IV** 10 %

Principes du traitement : radiochirurgical ± hormonothérapie

- **STADE I**
  - **Hystérectomie totale non conservatrice (annexectomie bilatérale) + curage ggl iliaque externe ± omemtectomie**
    - Par laparotomie médiane avec exploration de la cavité péritonéale et réalisation d'une cytologie +++
    - Par voie basse en cas de patiente très fragile (moins bon sur le plan carcinologique)
  - **Curiethérapie**[Q] vaginale pré ou postopératoire (diminue le tx de révidive locale[Q])
  - **Radiothérapie**[Q] **externe** si N + (45 Gy)
- **STADE II**[Q]
  - **Colpohystérectomie élargie**[Q] + **curage iliaque externe**
  - **Curiethérapie**[Q] vaginale pré ou postopératoire
  - **Radiothérapie**[Q] **externe** si N+

III / IV = PLUS DE CHIRURGIE A VISEE CURATIVE

- **STADE III**
  - **Radiothérapie première** puis **curiethérapie utérovaginale**
  - Chirurgie de réduction tumorale à discuter
  - ± hormonothérapie
- **STADE IV**
  - **Radiothérapie**
  - **Chimiothérapie et hormonothérapie**[Q] (progestatif à forte dose ou antioestrogène)
  - Ou association radio/chimio simultanée

Surveillance

- Surveillance postopératoire habituelle
- Surveillance trimestrielle pendant 3 ans puis bi annuelle : récidives (clinique ++)
- Surveillance des complications de la radiothérapie

Source : Fiche RDP, RDP, Poly Fac, QCM Intest, MediFac, Dossier Estem